

ドイツにおける1993年医療保障改革

土 田 武 史

はじめに——1990年代社会保障改革の構図——

1980年前後にイギリス、アメリカ、日本などで相次いで誕生した新保守主義的政権は、そのイデオロギー色を鮮明に押し出して従来の福祉国家的政策を批判し、「大きくなりすぎた政府」の贅肉落としを最優先の政策課題に掲げた。その具体的施策として、国営企業の民営化、各種規制の緩和・撤廃、各種補助金の削減、所得税減税、所得税制の累進度の緩和、その他、国民の自助努力を喚起し、市場競争を活性化させるための諸施策が講じられたが、その一環として社会保障の分野においても費用の削減と民営化による改革が推し進められた。西ドイツでも1982年に政権が交替し、新たに登場した保守連立内閣は、イギリスやアメリカのようなイデオロギー色の強い言辞を弄しはしなかったが、公営企業の民営化、各種規制の緩和、補助金の削減、所得税減税など、イギリスやアメリカと共通する政策を推進した。しかし、社会保障分野においては、イギリスやアメリカとはかなり性格を異にする改革が進められた。大雑把な言い方をすれば、社会保障費を削減し民営化を進めるという方向ではなく、公的領域のなかに市場競争原理を導入して効率化を図る一方、それまで私的領域に大きく依拠してきた介護や育児について公的な援助を拡大し、高齢者や女性、子供

などのいわゆる社会的弱者の救済を強化する政策を推進したのである。この改革にもなって西ドイツの社会保障では、イギリスなどのように公的領域が縮小し私的領域が拡大するという変化ではなく、公的領域と私的領域の中間領域——加藤榮一氏の言葉を借りると「グレイ・ゾーン」⁽¹⁾——が拡大するという現象がみられた⁽²⁾。ドイツ型の社会保障改革ともいえよう。

西ドイツがイギリスやアメリカとは異なった社会保障政策をとった理由としては、差し当たり3つのことが指摘できる。1つは、西ドイツの「社会国家」の基礎をなすものとして、公的な年金保険と医療保険を中核とする社会連帯のきずなが国民生活の深奥部にまで浸透しており、それを意図的に弱化させるような政策は選択肢のなかには入ってこないということである。2つめは、キリスト教民主同盟（CDU）が政権についてから、育児や介護といったこれまで家庭内で家族（とくに女性）によって無償で行われてきた営みを社会的にきわめて意味のある労働として再評価し、公的な手当やサービスを支給して家庭内の育児や介護を社会的に支援する政策を強化してきたことである。これはCDUの家族政策と密接に関連しているが、社会保障改革としても家庭機能の支援策として注目される特徴である。3つめは、西ドイツの社会保障部門においては当事者自治の原則が遵守され、国家の関与する範囲が限定されており、しかも国庫負担のウエイトも低いことから、社会保障費の削減や民営化の対象となる領域が狭く、またそれによる財政上のメリットもさして大きくないことがあげられる。例えば、医療保険では自営農林業者の老人医療費などごく一部を除いて国からの補助金はなく、各疾病金庫（Krankenkasse、医療保険者）がそれぞれの財政状況に応じて自主的に定めた保険料によって給付が行われているし、社会福祉においても非営利の民間福祉団体の活動が中核となっており、国や地方自治体の関与する度合いは小さい。もちろん、後にみるように、社会保険料負担の増大や社会福祉サービスの費用負担などの財政問題がドイツの社会保障改革を促す要因となっているが、国庫負担の削減を図ろうとするイギリス等と

は社会保障改革の目的が異なり、また改革の理念も手段も異なっている。

1980年代に多くの先進資本主義国において社会保障改革が行われるなかで、ドイツは独特の改革を推し進めてきたのであるが、そうしたドイツの社会保障改革は1990年代に入って一段と厳しい試練に直面することになった。すなわち、ドイツでは人口高齢化の進展が著しく、それに対応する社会保険給付のための保険料負担の増大がかねてから問題になっていたが、1990年代になって社会保険財政が悪化するとともに保険料負担が急増し、その抑制策が求められるようになった。とくに医療保険においては、1992年に平均保険料率が13.4%と医療保険史上最高の水準に達し、その抑制が喫緊の課題となった。その一方、高齢化の進展にともなって介護対策の不備が大きな社会問題となり、家庭や施設の要介護者に対する公的介護保障策の充実化が求められた。さらに、1991年のドイツ統一にともなって新たな課題が登場した。旧東ドイツ地域に旧西ドイツ地域と同様の各種社会保険制度が導入され、それにともなって膨大な財政的および人的援助が求められた。それは旧東ドイツ地域における改革にとどまらず、旧西ドイツ地域における社会保障改革にも大きな影響を及ぼした。とくに1990年前後に相次いで実施された医療保険改革と年金保険改革の遂行を弛緩させたことは、その後の社会保障改革に大きな課題を負わせることになった。

このように山積する課題に対して、ドイツでは新たな改革が始まった。1992年12月「1993年医療保障改革法」(Gesundheitsstrukturgesetz、略称、G S G)⁽⁴⁾が成立し、93年1月から施行された。続いて1994年4月には「介護保険法」(Pflegeversicherungsgesetz)が制定され、95年から施行されることとなった⁽⁵⁾。前者は、医療の供給体制および医療保険の組織構造を変革し、市場競争を活性化させて医療給付の効率化を図ろうとするものであり、後者は、要介護というリスクを社会保険の対象とし、介護費用負担と介護サービスの社会化を進めようとするものである。両者は別個の法律として制定され、所轄官庁も異なるが、その立法化の背景や制度的な仕組みと機能において密接な関連が認め

られる。両者に共通する背景を端的にいうと、高齢化の進展にともなって成人病等慢性疾患や痴呆などによる長期的な治療、看護や介護の需要が増大し、しかもその需要が多様化していくという状況に対して、従来の医療供給体制や介護体制では十分に対応し得なくなり、それらの再編成が求められているということである。また、この2つの改革法は、老人医療費、とくに入院費の増大を抑制する方策として、病院の改革と福祉施設および家庭の看護・介護体制の整備を行うことによって、病院と福祉施設と家庭との連携を強め、医療と介護との効率的な機能分有を進めることを企図している。その際、世代間連帯をベースとする社会保険システムを採用とともに、供給サイドと需要サイドの両面において市場競争原理を導入している点にドイツの特徴がみられる。

このような1990年代のドイツの社会保障改革を先の80年代改革との関連でみると、グレイ・ゾーンの拡大というドイツ型の社会保障改革の基本的な性格は変わっていない。公的領域の枠を維持しながらその中で市場競争原理による効率化を図る一方、私的領域に委ねてきた分野にも公的な援助を拡大していくという改革の構図がそれである。しかし、よくみると、世代間連帯による社会保険システムを維持するという形をとりながらも、その中で選択肢を広げ、需要側においても供給側においても互いに競争させ、社会保険に伴う非効率をできるだけ除去しようという試みがより強くなっている。

さて、以上のようなドイツにおける社会保障改革の構図のなかで、本稿では「1993年医療保障改革法」を取りあげる。この改革が医療保障制度をどのような仕組みに変えることによって21世紀の高齢社会に備えようとしているのかを検討することが、本稿の課題である。この課題の背後にある問題意識について、先の構図をふまえた言い方をすれば、公的領域の枠のなかで競争原理を導入することによって社会保険の効率化を図ろうとする試みがドイツの社会保障制度をどのように再編していくであろうかということである。ドイツの社会保障制度はいわゆる「社会的市場原理」を基本理念としつつ、それがあつた時は「社会

的」が強調され、ある時は「市場」が強調されるのに応じて、柔軟な対応をしてきた。しかし、社会保障が国民生活の根幹をなすものとして浸透し、しかも高齢化の進展のなかでウエイトが増してくるにつれ、社会保障の費用も機能も肥大化し柔軟さがなくなってきた。社会保障という「社会的」枠組みのなかで「市場競争」を活性化させ、医療保障制度の贅肉落としをしようとするドイツ型の改革が成功するか否か、興味深い試みである。90年代改革はまだ始まって間もないが、現時点で何が見えてくるのか、検討を進めることにしよう。

1 1993年医療保障改革法の背景

「1993年医療保障改革法」制定の直接的な要因となったのは、医療保険給付費の急増とそれによる保険料率の上昇であった。医療保険財政と保険料率の動きをみると、戦後最大の改革といわれた「1989年医療保障改革法」により、1989年には保険給付費が1960年以来初めて前年を下回り、全疾病金庫の平均保険料率も1988年及び89年の12.9%から91年には12.2%にまで低下し、改革の成果として喧伝された⁽⁶⁾。しかし、その成果は1年余りしか続かなかった。1990年中頃から医療費の上昇が再び著しくなり、1991年には保険給付費の伸び率が12.5%と基礎賃金（Grundlohn. 保険料率算定の基礎となる賃金で、日本の標準報酬に相当する）の伸び率5.0%の2.5倍もの増大を示した。その結果、91年には医療保険全体で56億マルクの赤字となり、さらに92年には赤字額が100億マルク近くになることが予想された。保険料率も、当初は準備金をあてることで引き上げが回避されていたが、92年には多くの疾病金庫で引き上げを余儀なくされ、全疾病金庫の平均保険料率は13%を超えてなおとどまることがなかった。また、旧東ドイツにおいても医療保険制度が導入された1991年には給付額が少なく医療保険財政は黒字を示したが、92年上半期には早くも赤字に転じ、さらに赤字が拡大する傾向を示した。

このような医療保険給付費の増大をもたらした要因としては、一般に、人口

の高齢化にともなう疾病構造の変化と医療需要の増大、医療技術の高度化による医療費の増大があげられる。しかし、それは長期的な医療費の増加傾向を説明する要因ではあるが、それだけで短期的な急増を説明することはできない。また、短期的な急増要因として、患者負担の拡大等の医療費抑制策の反動（いわゆるリバウンド）も指摘されている。費用抑制策実施前の駆け込み需要の増大—実施後の需要の減少—その反動と新対策への慣れによる需要の増大、という図式である。確かにこうした需要の変化は、費用抑制策が講じられた際に常に起こる現象である。しかし、最近の医療費の急騰はリバウンドとしては需要の伸びが大き過ぎるし持続的であり、需要側の要因のみでこれを説明することはできない（但し、旧東ドイツの場合は需要側の要因が大きいとされている）。こうして次第に論議の焦点は、人口の高齢化や医療技術の高度化といった医療費の増加要因に対応する医療保障の仕組みに問題があるのではないかという点に集約されていった。端的にいうと、慢性疾患や高度医療の拡大に対応した医療保障制度になっていないのではないかということである。

それについてドイツでは、数年来、慢性疾患や高度医療の拡大に対応した医療供給制度になっていないという指摘が行われてきた。とくに現行の医療供給制度が市場メカニズムを活用した効率的な医療供給を行うことができず、多くの無駄な支出が行われ、それが医療費増大の原因になっているという主張である。具体的には、医師や病床数などが過剰であり、しかもそれを抑制するための有効な手段が講じられていないこと、医療供給において市場競争が不活発で、とくに病院においては経済性を顧慮しない運営が放置されていること、薬剤投与や歯科治療などにおいて必要量を超えた給付や治療効果の不明確な給付がなされていることなどが指摘され、その改革が求められた。また、医療保険制度においても、各疾病金庫における高齢者比率や扶養率などのリスクが均等でなく、それが疾病金庫間の財政格差をもたらしめているとして、疾病金庫間のリスク格差を調整して競争条件を平等にし、金庫間の競争を活性化させることが必

要であるという主張が行われた⁽⁷⁾。

もっとも、医療保障制度の経済性を高めるための政策がこれまで行われてこなかったわけではない。医療の需要面では、1970年代の後半から幾度かの改革が行われ、一定の効果をあげてきた。1989年医療保障改革法においても、給付効果の少ないものや個人で負担できるような給付を縮小・廃止し、薬剤や入院等における患者負担を拡大する一方、予防給付や在宅介護給付を導入し、さらに疾病金庫間の財政調整や被保険者の強制適用の改正など、多くの改革が実施された。また医療供給面でも、1980年代に入ってから保険医需要計画の見直しや病院財政制度の改革などが行われてきているし、最近ではG R Gにおいても多くの対策が講じられている。例えば、医薬品等における定額給付制の導入、治療効果の不明確な医薬品等の保険給付からの除外、薬剤師による処方薬剤の代替投与の許可、保険医資格の制限、医師の診療の経済性に関する審査制度の導入、診療における費用と給付の透明化、入院費用の病院別比較リストの作成など、いずれも医療供給の経済性を高めることを目的とした対策であった。しかし、これらの対策の実施は遅々として進まなかった。例えば、医薬品の給付費抑制策として大きな期待が寄せられた定額給付制についてみると、当初の予定では1989年中に保険薬剤の3分の1に定額を設定し、92年までに8割程度まで拡大するとしていたが、現実には92年になってやっと3分の1に達するといった状況であった。しかも定額を設定していない医薬品の価格が引き上げられたため、薬剤の給付費はいっそう増大するという結果をもたらした。その他、薬剤師による医薬品の代替投与や診療における費用と給付の透明化などは名目のみの改革にとどまり、保険医資格の制限、医師の診療の経済性に関する審査制度の導入、入院費用の比較リストの作成などは、実施そのものが見送られた。また、医療保険にかかわる改革でも、年金受給者医療費の財政調整方式の変更、医療給付を受けなかった者に対する保険料還付の導入などの実施が見送られた。

1989年のG R Gの実施が当初の予定と大きく食い違った原因としては、2つ

あげられる。1つは、G R Gによる収入の減少や規制の強化などを懸念する医療供給サイドの抵抗が強く、G R Gの細部を決める交渉の過程で対策の中身が次第に骨抜きにされたり、実施時期が大幅に遅れてしまうということがしばしば生じたことである。こうした医療供給側の抵抗は、G R Gが法案段階のときに盛り込まれていた病院改革案が強い反対によって大幅な後退を余儀なくされたことから予想されたことではあったが、行政側も当事者の利害の調整にかかわっている余裕がなかった。いま1つは、1989年のベルリンの壁の崩壊から東西ドイツ統一に至る動きとその後の展開のなかで、G R Gへのエネルギーが削がれてしまったことである。行政側の余裕がなくなったというのも、その影響にほかならない。例えば、旧東ドイツ地域に医療保険制度が導入されたとき、旧西ドイツ地域の疾病金庫から多くの職員が派遣され、新たに設立された疾病金庫の管理運営や旧東ドイツの職員の養成等の役割をになうこととなり、また、保険医協会や病院協会でも開業医の育成や病院の整備、保険医療システムの導入などに関して多大の支援を行うこととなった。そのため、G R Gのなかで、関係団体の利害が鋭く対立するような改革や、専門家の詳細な検討を必要とするような改革は先送りされ、当初の目的および期待とは大きく異なる結果となったのである。

こうしてG R Gの実施が十分になされないまま推移していったのであるが、そうしたなかで先にみたように医療費が再び増加し始め、医療保険財政は急速に逼迫していった。それに対して、1990年末の統一ドイツ選挙後のコール内閣で旧東ドイツ側から新たに就任したハッセルフェルト (Haselfeldt, Gerda) 連邦保健大臣は、G R Gの完全な実施を訴えるのみで、財政赤字の拡大を阻止する有効な方策を講じることができなかった。そのため1992年4月、連邦保健大臣が更迭され、新たにキリスト教社会同盟 (C S U) のゼーホーファー (Seehofer, Horst) が就任した。ゼーホーファーは1988年にG R Gが成立した際や1989年に年金改革法が成立した際に、ブリューム (Blüm, Norbert) 連邦

労働社会大臣の下で政務次官として辣腕をふるったことで知られ、ドイツの社会保障政策に精通している政治家のひとりである。

ゼーホーファーは連邦保健大臣に就任してマルクもない1992年6月、医療保障制度の新たな改革案を発表した。それは医療の供給制度の抜本的な改革を行うとともに、医療の需要側である疾病金庫についても組織改革を行うことを内容とするものであり、予想を超えた大幅な改革案は関係者に大きな衝撃を与えた。かねてから医療供給体制の改革を訴えてきた疾病金庫側では概ねこの改革案を支持したが、医師会、病院協会、保険医協会、製薬業界など医療供給団体はゼーホーファーと鋭く対立し、政党や関係団体を巻き込んで活発な論議が展開された。そうこうするうちにも医療保険財政はさらに悪化の一途をたどっていくという状況の下で早急な対応が求められ、1992年10月、与野党間の交渉で社会民主党（SPD）の主張を一部取り入れた修正を行うことで合意が成立した。その後医療供給団体等との交渉を通じて法案がとりまとめられ、12月14日「1993年医療保障改革法」が成立した。法案は一部修正が加えられたものの、その大要はゼーホーファーの原案のままになっている。医療供給団体等の強い反対に対してゼーホーファーが頑なに妥協を排したのは、医療供給体制の抜本的な改革なくしては医療保険財政の安定を図ることができないという認識と、先のGRGにおける妥協とその後の改革の頓挫を繰り返すまいという決意によるものといえよう。

2 1993年医療保障改革法の骨子

1993年医療保障改革法の目的として、1)当面の医療費の急増と保険料率の上昇に歯止めをかけ、医療保険財政の赤字の縮小を図る、2)医療保険財政の中期的な安定を図る、という2つがあげられている⁽⁸⁾。その目的を達成するために、まず「即効的な医療費抑制対策」として患者負担の増額、保険給付の引下げ、期間を限定した強制的費用抑制措置等を講じる一方、その期間を利用して医療

供給構造の改革と医療保険の組織改革等の「中期的な財政安定化対策」を講じるという二段階の対策が組み合わされている。G S Gの具体的な対策は多岐にわたっているが、それを分野別に列記すると、以下のようになっている。

1) 外来診療（保険医、歯科保険医）関係

- ・ 1993年～95年の間、診療報酬総額の引き上げ幅を基礎賃金の伸び率の範囲内に抑える。
- ・ 歯科補綴の診療報酬点数を10%, 歯科技工料の点数を5%引き下げる。
- ・ 歯科診療の点数が一定限度を超えた場合、段階的に最高50%まで切り下げる。
- ・ 歯科の個人予防検診の対象者を12歳以上から6歳以上へと拡大する。
- ・ 施設入所による保養・母性保護・リハビリテーション給付における自己負担を引き上げ、病院に入院した場合と同額とする。
- ・ 保険医需要計画の見直しを行う。
- ・ 保険医の認可条件を厳しくする。
- ・ 1999年から68歳をもって保険医の認可を終了する（保険医の68歳定年制）。
- ・ 保険医の医療技術の高度化を図るための再教育制度を充実化する。
- ・ 診療所（保険医）における通院手術の範囲を拡大する。
- ・ 保険医と病院との提携を強化する。

2) 病院診療関係

- ・ 1993年から病院財政における実費補填原則を廃止する。
- ・ 二元的財政負担システム（投資的経費は州政府、経常的経費は医療保険が負担）から一元的財政負担システム（全経費を医療保険から賄う）に段階的に移行する。また、民間からの投資の導入を促進する。
- ・ 1993年～95年の間、病院予算の引上げ率を基礎賃金の伸び率の範囲内に抑える。
- ・ 入院時の自己負担を1993年から1日当たり11マルク（旧東ドイツ地域は8

マルク), 94年から12マルク (同, 9 マルク) とする。

- ・ 現行の「入院療養費日額」による入院費支払い方式を1996年から「1 件当たり包括払い」「特別報酬」「細分化された入院療養費日額」の3つの方式に改める。
- ・ 疾病金庫と病院との診療契約の解除について州政府の拒否権を制限する。
- ・ 入院前後の通院治療を拡大するとともに, 病院と保険医との情報交換を促進する。
- ・ 通院手術の範囲を拡大する。
- ・ 1996年までに13,000人の看護要員の増加を図る。

3) 医薬品関係

- ・ 1993年から処方薬剤の給付費総額に予算制を導入する。薬剤給付費が予算を超過した場合は超過額の一定金額までは保険医が負担し, それを超えた場合は製薬会社が負担する。
- ・ 定額給付の対象となる医薬品を保険薬剤の70%～80%まで拡大する。
- ・ 1993年～94年の間, 定額の設定されていない薬剤の製造者価格を2%引き下げる。
- ・ 処方薬剤における自己負担を全ての医薬品に拡大し (従来は定額給付の対象薬剤には自己負担がなかった), 負担額を医薬品の価格帯 (1994年からは薬剤の量＝包装の大きさ) に応じて3マルク, 5マルク, 7マルクの3段階とする。
- ・ 医師の薬剤処方について基準値を設け, 基準値の一定限度を超えた処方に対する支払いについては償還請求を行う。
- ・ 疾病金庫保険医連邦委員会の下に医薬品に関する研究所を設立し, 保険薬剤の見直しを行い, 新たな保険薬剤リスト (ポジティブリスト) を作成する。

4) 医療保険 (疾病金庫および被保険者) 関係

表 1 1993年医療保障改革法の医療給付費削減予測（1993年分）
（単位：億マルク）

内 容		金 額
医療供給者にかかる負担		
病院	予算額の制限措置等	33.4
医科診療	診療報酬総額の制限措置等	7.5
歯科診療	診療報酬総額の政権措置等	12.6
医薬品	価格引き下げ等	20.6
補助具等	予算額の制限	2.0
保養	予算額の制限	3.5
事務費		2.4
小 計		82.0
被保険者にかかる負担		
病院	自己負担の増加	11.0
歯科診療	自己負担の増加	6.5
	整形外科の費用の切り捨て	1.2
医薬品	自己負担の増加	13.0
保養	自己負担の増加	0.5
小 計		32.2
合 計		114.2

資料出所) Engels, A., 'Ein Beitrag der Leistungserbringen zur Strukturverbesserung im Gesundheitswesen' in: Bundesverband der IKK (Hrsg.), *Krankenversicherung*, 10/1992, S. 270.

- ・財政窮迫金庫に対する財政調整を改め、疾病金庫間のリスク構造の調整を行う。
- ・1995年から年金受給者の医療費に関する財政調整をリスク構造調整に含めて行う。
- ・1995年までに疾病金庫の定款から加入対象者を限定する規定を削除する。
- ・1996年から全ての被保険者に対して疾病金庫の選択権を認める。
- ・地区疾病金庫の合併に関する条件を緩和する。
- ・企業疾病金庫および同業組合疾病金庫の設立に要する常用雇用の強制被保険者数を現行の450人から1000人に引き上げる。

以上が、今回の改革法の骨子である。法案段階における連邦政府の財政予測によると、1993年には医療供給側の負担により82億マルク、被保険者側の負担により32億2000万マルクが削減できるとしている⁽⁹⁾（表1）。この数値にみられるように、節減される費用の70%が医療供給側の負担によるものであり、G S Gでは医療供給体制の改革に大きなウエイトがかけられているのがわかる。

G S Gの概略について述べてきたが、次にG S Gのなかで特に注目される病院の財政改革と医療保険組織の改革について少し詳しく検討してみよう。

3 病院財政および入院費支払い方式の改革

（1）ドイツの病院と入院費の現状

最初に、幾つかのデータをみながらドイツの病院の状況を見ておこう。ドイツでは日本のように病床数によって病院を規定するという形にはなっていないが、統計上は10床以上の病床を有し入院治療を行う医療施設を病院として計上している。まず、病院を設置主体別にみると、州または市町村によって設立されている公立病院、宗教団体や労働団体等が組織している非営利の福祉団体によって設立されている公益病院、それに私立病院の3種類に区分される。1989年における旧西ドイツの病院（3,069）を設置主体別にみると、公立病院が35.5%、公益病院が33.7%、私立病院が30.8%と数のうえでは大きな差異はみられない。しかし、病床数でみると、総数67万3000床のうち公立病院が50%を占めているのに対して、私立病院の病床数は15%を占めるにすぎず、公立病院は規模が大きく、私立病院は小規模病院が多いことがわかる。ちなみに、1993年に地区疾病金庫付属研究所（Wissenschaftliches Institut des AOK. 略称、WiDo）が行った調査によると、公立病院の平均病床数が378床、公益病院が248床、私立病院が79床となっている⁽¹⁰⁾。ドイツでは公立病院のウエイトの大きいことがひとつの特徴であることに留意しておきたい。

ドイツの病院は機能別に、一般病院、専門病院、特別病院の3種に区分され

表 2 医療保険における各給付費の割合

(単位: %, 百万マルク)

	1960	1970	1980	1988	1989	1990	1991
医 科 診 療	20.6	22.9	17.9	16.9	18.4	18.2	18.5
歯 科 診 療	5.2	7.2	6.4	6.0	6.2	6.1	6.3
歯 科 補 綴	3.0	3.5	8.6	7.5	3.9	3.6	3.9
処 方 薬 剤	12.2	17.7	14.6	16.0	16.4	16.3	16.9
療 法 ・ 補 助 具	2.4	2.8	5.7	7.0	6.3	6.2	6.6
入 院	17.5	25.2	29.6	31.8	33.1	33.3	33.9
傷 病 手 当	30.0	10.3	7.7	6.1	6.3	7.3	7.1
予 防 給 付 ¹⁾	0.9	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0
母 性 給 付 ²⁾	4.4	4.6	3.5	2.1	2.2	2.3	2.3
そ の 他 給 付 ³⁾	3.5	4.8	5.0	5.8	5.9	5.6	3.6
給付費計	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
(金 額)	8,965	23,849	85,956	128,059	123,242	133,800	167,300

注1) 予防給付=疾病の早期発見措置(成人病検診、乳幼児検診、歯科検診等)、保養等。

2) 母性給付=妊娠・出産に伴う現物給付、出産手当・分娩手当等の現金給付。

3) その他給付=在宅看護、家事援助、埋葬料、交通費、在宅介護給付(1989年より)等。

資料出所) 1989年までは Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung (Hrsg.), *Übersicht über die Soziale Sicherheit*, 1990, S. 124 1990年および1991年は, Kassenärztliche Bundesvereinigung (Hrsg.), *Grunddaten zur kassenärztlichen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland 1992*, S. G-3.

ている。一般病院は特定の診療科を掲げずに多くの診療科を有している病院であり、専門病院は特定の診療科を専門とする病院である。一般病院と専門病院は救急患者の治療を行うことから、統計上は救急病院として両者の合計数が記されていることが多い。1991年における旧西ドイツ地域の病院を機能別にみると、一般病院1,283 (42.1%)、専門病院452 (14.8%)、特別病院1,311 (43.0%)となっている。10年前と比べると、一般病院は200、専門病院は100減少し、特別病院は80増加している。こうした変化は、小児科、産婦人科、外科の需要が減少しているのに対し、リハビリテーション科、神経科、精神科、整形外科等の需要が増大し、また慢性疾患が増大している状況を反映しているものといわれている⁽¹¹⁾。

次に、病院数および病床数の変化についてみると、旧西ドイツ地域の病院数

表3 入院給付費, 入院件数, 入院日数の推移—旧西ドイツ地域—

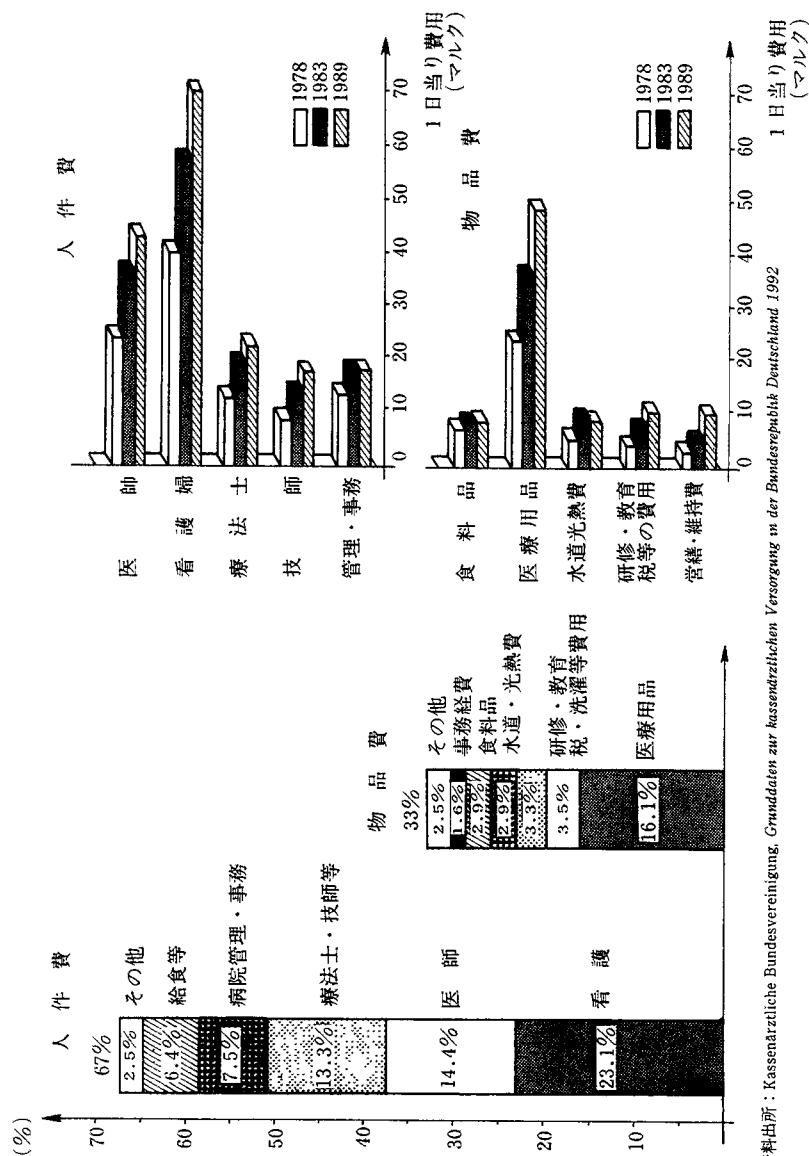
	被保険者1人当たり入院給付費			被保険者100人当たり入院件数			1件当り 入院日数
	計	一般 被保険者	年金 受給者	計	一般 被保険者	年金 受給者	
	DM	DM	DM	件	件	件	日
1975	523	442	723	19.7	9.7	18.9	20.3
1980	720	549	1,135	21.5	11.6	23.3	18.0
1985	968	678	1,663	23.5	12.6	28.2	16.8
1986	1,027	714	1,787	24.0	12.8	29.2	16.4
1987	1,070	737	1,876	24.6	13.4	30.2	16.0
1988	1,104	751	1,952	25.1	13.6	31.3	15.5
1989	1,100	751	1,938	25.0	13.5	31.8	15.1
1990	1,213	813	2,194	25.2	13.5	32.8	14.8
1991	1,265	851	2,292	25.4	13.6	33.7	14.5

資料出所) Kassenärztliche Bundesvereinigung, *Grunddaten zur kassenärztlichen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland 1992*, S F6-F7

は戦後増加を続け、1965年には3,619を数えたが、その後わずかながらも減少に転じ、現在までその傾向が続いている。病床数は1970年代中頃まで増加傾向にあったが、75年の73万床をピークに減少に転じ今日に至っている。しかし、現在もなお6万の過剰ベッドがあるといわれ、無駄な経常経費をもたらすものとしてその削減が求められている。

最後に、費用面についてみると保険給付費に占める入院費の割合は増加傾向にあり、1970年に25.2%であったのが91年には33.9%を占めるに至っている(表2)。入院費を一般被保険者と年金受給者にわけ、それぞれの給付費と入院件数の推移をみると、表3のようになる。1991年の一般被保険者の入院費は851マルクで75年の1.9倍であるのに対して、年金受給者の場合は91年の入院費が2,292マルクと一般被保険者の2.7倍も高く、しかも75年の3.2倍となっており、増加傾向も一般被保険者よりはるかに著しい。被保険者100人当たりの入院件数をみると、一般被保険者は1987年以降13件台で推移しているのに対して、年金受給者は25.4件と高く、かつ増加傾向が続いている。また、一件当たり入

図1 入院費用の構成と各費用の推移 (1989年)



資料出所：Kassenärztliche Bundesvereinigung, Grunddaten zur kassenärztlichen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland 1992

院日数は短縮傾向がみられるが、これについては入院しなくても治療可能な患者を短期入院させることによる影響も指摘されている¹²⁾。

図1は、1989年の旧西ドイツにおける全病院の平均コストを示したものである。人件費が67%を占め、そのうち看護婦の費用がもっとも大きくかつ伸び率も大きい。医師の費用がそれに次いでいる。物品費が33%で、その半分以上を医療用品（医療器具、医薬品等）が占め、しかもその伸び率が医療技術の進展を反映して著しく大きい。

（2） 病院における財政システムの改革

G S Gの最大目標である病院に関する改革の重点は、実費補填原則を廃止し、病院経営の財源を入院費に一元化するとともに、入院費の支払い方式を全面的に改めることにある。これまでの病院医療改革を少し振り返りながら、G S Gの改革を検討してみよう。

①実費補填原則の廃止

「実費補填原則」（Selbstkostendeckungsprinzip）の廃止からみていこう。ドイツの病院では1972年に制定された「病院財政安定法」（Krankenhausfinanzierungsgesetz）以来、実費補填原則に基づく二元的な財政方式がとられてきた。すなわち、土地・建物・大型医療機器等の投資的経費については病院の自己資金および州からの補助金でまかない、人件費・医薬品等の経常的経費については医療保険からの入院費によって調達するという方式で、しかもその全ての実費が補填される仕組みになっていた。

少し補足すると、ドイツでは公立病院をはじめ各州の病院需要計画に含まれている病院は全て実費補填原則が適用され、投資的費用の大部分が州政府の補助金（1984年までは連邦政府からの補助金もあった）によってまかなわれてきた。この場合、投資的経費に含まれるのは、病院の当初建設費（施設・設備の費用も含まれる）、3年以上の使用期間を過ぎた施設・設備の改修費用、C T

等の大型・高額医療機器の費用、その他（土地賃貸料、借入金利息等）である。また、それらに加えて、州政府は必要に応じて、10万マルク以下の改修費用の補助、病床に対する定額補助（病院の種類に応じて8,000マルクから15,000マルク）を行ってきた。また、経常的経費をまかなう入院費は、後に詳しく述べるように、病院ごとに経常経費を患者の延べ人数で割って算出した患者1日当たり費用（入院療養費日額）に入院日数を乗じたものであり、病気や治療内容が異なってもその病院内の療養費日額は一律とされる場合が少なくなかった。

こうした財政方式は、高度経済成長の下で連邦や州の財政状態もよく医療保険財政も順調であった当時、病院投資を拡大して医療技術の高度化や医療需要の増大に応えようとして講じられた措置であった。しかし、石油危機を契機に高度成長が終わりを告げ、病院の需給見通しの相違から過剰ベッドが恒常化するという事態のなかで、病院費用の抑制が求められ、病院財政安定法の見直しが始まった。1981年に「病院費用抑制法」（Krankenhaus-Kostendämpfungsgesetz）が制定され（1982年7月施行）、病院需要計画の見直し、公費助成基準の変更、入院看護から在宅看護への転換の促進、入院療養費日額の決定に関する当事者主義の強化と保健医療協調行動会議（Konzertierte Aktion des Gesundheitswesens）¹³の勧告の導入などが行われた。

病院の需要計画の見直しとしては、これまで需要計画の枠外であった大学病院・労災病院・年金病院・軍病院なども計画の中に含めるとともに、需要計画を現実の医療ニーズに適合させることを州政府の責務とし、さらに計画の作成に当たって州政府が疾病金庫連合会・民間医療保険連盟・病院協会・市町村等の「意見を聴取」するとなっていたのを改め、「密接な協議」を行うこととした。これは過剰ベッドの抑制を図るとともに、州の裁量権を制限し、疾病金庫等の発言権を増大させようとしたものであるが、現実的な効果はあまりみられなかった。また、公費助成基準については、高額医療機器の導入に関して近隣病院間での調整を義務づけたこと、需要計画や投資計画等に関して事後の経常

経費に関する考慮を義務づけたこと、病院規模を基準にした助成から病院機能を基準にした助成に切り替えたことなどがあげられる。しかし、現実には医療機器導入の調整等が難しく目論見通りにはいかない場合が多かった。また、入院看護から在宅看護への切り替えは、以前からも試みられてきたことであるが、この改正で、在宅看護への切り替えに関して患者の同意は必要とされなくなり、また在宅看護に当たる者は看護婦等の有資格者でなくてもよいこととなった。しかし、これによってどの程度の患者が在宅看護に切り替えられたかは明らかではない。さらに、入院療養費日額の引き上げ率に関する協調行動会議の勧告については、勧告に法的拘束力がないことに加えて、実費補填原則によって各病院の充当すべき費用が異なるため、勧告を上回る引き上げ率になってもそれを抑制することができないことや、医療従事者の賃金等の労働契約については関与できないことなどから、費用の抑制効果としてはみるべきものがなかった。

このように、病院費用抑制法による効果は小さかった。そうしたなかで、1982年秋にSPD/FDP政権が倒れ、CDU/CSU/FDPの保守連立内閣が誕生した。新政府は病院分野における経済効率を高めることを目的に検討を重ねたうえ、1984年、病院財政安定法の改正を行った（1985年1月施行）。この「改正病院財政安定法」（Gesetz zur Neuordnung der Krankenhausfinanzierung）の概要は次のようなものであった。

まず、病院の投資的経費に関する連邦政府の補助金を廃止し、全てを州政府の負担とした（但し、その見返りとして、連邦補助金相当額を住宅建設奨励金・住宅費補助・障害者扶助にかかわる州政府の負担から軽減することとした）。これは病院への過剰投資を抑制するためにとられたものであるが、新規の病院建設の需要は既に少なくなっており、連邦補助金の廃止による影響は少なかった。むしろこれによって裁量権が増大した州政府と連邦政府の間で経常経費（＝医療保険支出）の抑制に関して軋轢を増大させる一因となった。また、この改正法でも二元的な財政方式を維持することが確認されたが、若干の修正

として、病院と疾病金庫の合意があれば、設備等一定の投資的経費についても入院療養費日額を通じて医療保険から調達できることとした。これは医療保険の財政負担を通じて疾病金庫の発言権を強化し、病院経営の経済性を高めることを意図したものであったが、経常経費の抑制対策については期待したような効果はみられなかった。さらに、経常経費について「予算」を設定し、予算と実際の経費との間に差額が生じたときは、過不足分の75%については次期予算で調達するが、残りの25%については病院の利益ないし損失として対応することとした。病院に経営上のリスクを負わせることによって、効率的な経営へ向かわせることを狙ったものである。しかし、予算の設定そのものが必ずしも厳しくなく、形式的な予算の場合が少なくなかった。また、改正病院財政安定法に基づいて療養費日額令が改正された。これについては、次項で取りあげる。

以上のように、1980年代に病院財政に関連して二度の法改正が行われたのであるが、いずれも期待したような効果をあげることはできなかった。過剰ベッドの削減、医療設備・医療機器の効率的な導入、入院治療から在宅治療への転換の促進など医療保険財政の負担を軽減するための合理化対策については、病院の多くを管轄する州政府もその必要性を認識しながらも、実際にはいずれの病院も高度の医療設備や医療機器の導入を望み、また、医療保険側（疾病金庫）の費用削減が州政府の負担増大に転化することへの警戒心も根強く、関係者の利害が一致しないまま、積極的な取り組みがみられなかった。病院においては実費補填原則によって財政が保証されている限り、病院間の競争は少ない方が好ましく、医療保険の負担となる経常経費の削減について顧慮されるところが少なかったといえよう。

それに対して、1993年医療保障改革法は、これまで病院財政の根幹をなしてきた実費補填原則を1993年1月1日から廃止した。病院財政が実費補填原則によって保証されていることが経営の効率化を阻害しているという認識のもとに、市場メカニズムによる経営の活性化を企図した改革であることはいままでのな

い。病院財政は原則として個々の病院の責任に委ねられることとなり、効率的な経営を行う病院はより多くの利益を生み出すことができる反面、効率的でない経営を行っている病院は赤字を覚悟しなければならなくなった。また、実費補填原則の廃止に加えて二元的な財政方式を改め、投資的経費を含めて全ての経費を入院医療費からまかなうという一元的な財政システムに段階的に移行することとした。それにともなって、投資的経費については、民間資本の導入を図るといった措置も講じられた。

こうした実費補填原則の廃止に対応して、改革後の病院財政の根幹となる入院医療費については、新たな支払い方式が導入されることになった。その準備期間を1993年から95年の3年間としたが、この期間は同時に、当面の保険給付費の抑制措置として、経常経費の予算の伸び率を基礎賃金の伸び率の範囲内に抑えることとした期間である。半ば強権的に予算の上限を設定して給付費の抑制を図りつつ、新たな財政システムへの移行を果たそうというものである。この措置については、早期に新支払い方式を導入する病院の場合は、1995年から上記の予算の制約を外すこととしている。なお、病院予算の設定については、看護職員法および精神科職員による人件費の増額分、旧東ドイツ地域の病院に対する改修費負担分、特定給付の増額分などは基礎賃金の伸びとは関係なく定められることになっている。

②新しい入院医療費支払い方式の導入

ドイツでは、従来、各病院ごとに「入院療養費日額」（患者1人1日当たりの入院費）を算出し、それに入院日数を掛けた金額が入院費として支払われてきた。この入院療養費日額は、病院と疾病金庫の二者間契約で締結されるが、契約に当たっては前年実績の他、病院の診療科目、病床利用率、医師・看護婦等の賃金上昇率、物価上昇率等が勘案され、また契約の締結および解約については州政府の承認が必要とされてきた。

また、療養費日額は1974年以来、病気の種類や治療内容が異なってもその病

院内の療養費日額は同一とする一律方式がとられてきたが、1984年の改正病院財政安定法に基づき85年に「連邦療養費日額令」(Bundespfllegesatzverordnung)が改正され、86年1月から施行された。この改正は一律方式から複数方式への転換を企図したもので、主な内容は以下のようなものであった。まず、入院費の支払い方式を一般診療に対する方式と一定の高度医療に対する方式の2つに区分した。そのうち、一般診療については一律の療養費日額によって算定されるが、特定部門については個別の入院療養費日額を設定することもできるとされた。その場合の特定部門としては、助産、重度火傷治療、小児ガン治療、透析、精神科治療、慢性症治療等の10部門があげられた。また、高度医療については特別報酬制が設けられた。特別報酬制を採ることのできる診療行為は、心臓・腎臓・肝臓・脾臓・骨髄等の移植、節肢再植、心臓ペースメーカー等内臓機器の内移植、血友病の凝固剤治療、腎臓結石破碎治療等の16種であった¹⁴⁾。

これらの個別の入院療養費日額の設定や特別報酬の導入は、医療給付と診療報酬との関係を明確にすることによって負担の公平化を図るとともに、経費の透明化を促進することを目的としたものといえよう。しかし、こうした新たな入院費用の支払い方式はいずれも任意の合意規定であって、それを採用する可否は病院と疾病金庫の交渉に委ねられた。そのため、幾つかの治療に特別報酬制が採用されたが、全般的には従来の入院療養費日額のままの支払い方式を続けるところが多かった。このように旧来の支払方式の変更は実現しなかったが、次に延べる1993年改革法による新たな入院医療費支払い方式の原型がここにみられることに留意する必要がある。

1993年医療保障改革法では、現行の入院療養費日額による支払い方式を廃止し、新たに入院中の全ての費用を包括定額払いとする「1件当たり包括払い」(Fallpauschale)と、臓器移植など特定の高度医療に対する「特別報酬」(Sonderentgelt)を導入するとともに、それらの対象にならない入院医療費に

については、各病院が診療科ごとに定める「細分化された入院療養費日額」(Abteilungspflegesatz. 医師の治療および看護サービスに対する費用)と州単位で各診療科共通に定められる「基本入院療養費日額」(Basispflegesatz. 室料および給食費等の費用)によって算定することとした。したがって、病院の医療費については3つの支払い方式が併用されることになるが、包括払いと特別報酬による収支は入院療養費日額の予算とは別建てとされ、それをどのように選択し組み合わせるかは、各病院の主体性に委ねられることになった。

G S Gに基づき1994年に新しい「連邦入院療養費日額令」(以下「新日額令」という)が制定された⁽¹⁵⁾。それによると、第一段階として40種類の包括払いと104種類の特別報酬が規定されている。今後、心臓外科および産科の専門分野で適用の拡大が予定されており、95年1月には合わせて58種類の包括払いと154種類の特別報酬が設けられる見込みである。包括払いおよび特別報酬の対象となった医療行為については、それぞれ人件費の点数と物品費の点数が規定されている。例えば、人工膝関節の埋め込み手術に適用される包括払い点数は、人件費の点数が9630点、物品費の点数が11680点、合計21310点、また心臓ペースメーカーの埋め込み手術に適用される特別報酬制は、人件費の点数が910点、物品費の点数が5770点、合計6680点というようになっている。この点数は連邦単位で同一であるが、1点単価については各州の病院協会と疾病金庫連合会が協定して決めることができる。したがって、例えば同一州内で人工膝関節の埋め込み手術の包括払いを選択した病院では、21310点による報酬より低い費用で治療(入院から退院まで)できればその差額が利益となり、高い費用がかかればその差額が損失となる。

新日額令が全面的に実施されるのは1996年からで、95年から任意の実施が認められているが、97年までは新方式による収支の相違を調整するために、次のような措置が設けられている。まず、包括払いと特別報酬による収入を予測し、包括払いと特別報酬に関わる経費はその収入からまかなわれるものとして、病

院の総経費からその分を控除した金額を一般予算として計上する。しかし、包括払いと特別報酬の実際の経費が収入を上回った場合には、その差額を翌年の一般予算からまかなえるようにするというものである。この措置を選択した病院では、逆に収入が経費を上回った場合には翌年の一般予算が減らされることになっており、新しい支払方式のリスクもないかわりにメリットもなく、いわば新方式の実験のようなものである。

こうした調整措置は1997年までで、98年からは包括払いおよび特別報酬を療養費日額による予算とは厳密に区分し、包括払いと特別報酬によるリスクを病院自体が負う方式に移行することになっている。また95年からでも厳密に区分した方式を選択することもできる。なお、このような包括払いおよび特別報酬による支払い額は、入院医療費全体の20%～30%と予想されている。

③その他の病院診療の改革

その他、病院に関連する改革で注目されるものをあげておこう。1つは、疾病金庫と病院との診療契約の解約要件が緩和されたことである。診療契約の解除については、社会法典（Sozialgesetzbuch. 略称 S G B）第 5 卷（医療保険）の第111条で、被保険者の需要に適しない病院や経済的診療に消極的な病院については、州の所轄官庁の同意を得て契約を解除できることとなっているが、実際には州政府の同意を得るのが難しく、実効のない規定となっていた。G S Gではこれを改め、当事者の解約告知について、当該病院が地域の医療供給にとって不可欠である場合にのみ州政府が拒否できることとし、また州政府が解約告知から6ヶ月以内に拒否しない場合には解約が有効であるとした。この改正は、経済性の低い病院に対して疾病金庫が診療契約の解除することもありうるという刺激を与えることによって、病院における効率的医療への意識が高まり、病院間で競争原理が働くことを期待したものといえよう。

また、G S Gにおいて外来診療（保険医）と入院診療（病院）の、提携を強化する措置が講じられていることも注目される。この両者の提携については、

S G B 第 5 卷第115条で、病院と保険医の連携について規定されていたが、実際には入院治療の必要でない者が保険医の指示で病院に送られてきたり、退院後の処置について病院と保険医との連携が十分でないといった問題が生じていた。G S Gではこの関係を実効あるものにするため、入院前後の病院における通院治療を明確化し、保険医と病院との間で患者に関する情報交換を密接にすることが定められた。具体的には、病院において入院直前の5日間に3日を限度として通院治療（入院の必要性の確認、事前検査等）を行うこと、また退院後は14日間に7日を限度として通院治療を行うことができることとなり、それに対応して病院と保険医が患者のカルテその他の情報を交換することなどがあげられる。また、保険医が診療所で行う通院手術の範囲を拡大することも定められた。こうした病院と保険医との提携によって安易な入院が回避され、入院治療から在宅治療へのスムーズな移行が促進されることなどを期待した措置といえよう。

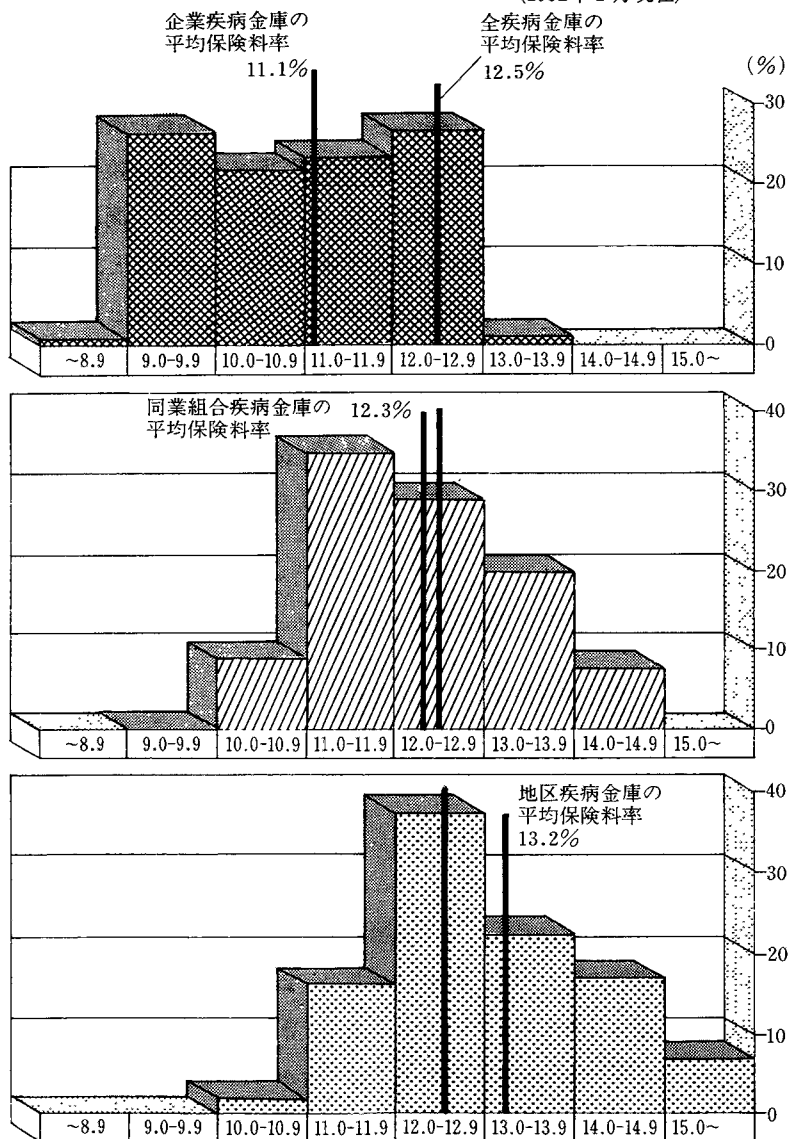
4 疾病金庫間のリスク構造格差の調整

(1) 疾病金庫の被保険者構成とリスク格差

ドイツ医療保険では収支相等の原則がかなり厳しく守られていることがひとつの特徴となっている。各疾病金庫では原則として半年ごとに収支バランスの見直しが行われ、それに応じて保険料率も頻繁に変えられている。支出が増大し準備金を繰り入れても費用をまかなうことができなくなると保険料率が引き上げられ、逆に財源に余裕が生じると保険料率が引き下げられる。ドイツ医療保険では疾病金庫間の給付内容の格差は小さく、したがって、保険料率は各疾病金庫の財政状態を反映したものともみることができる。

そこで、疾病金庫の保険料率をみると、8%台から16%台まで二倍もの格差がみられる。また、疾病金庫の種類別に保険料率の構成をみると、図2のようになっている。これは全疾病金庫、企業疾病金庫、同業組合疾病金庫、地区疾

図2 各種疾病者金庫における保険料率別被保険者数の割合
(1992年1月現在)



資料出所: Handbuch für den Kassenzarzt, 1992.

病金庫における平均保険料率と保険料率別の金庫の分布を示したものである。地区疾病金庫の場合は3分の2以上の金庫が平均保険料率を上回っているのに対して、企業疾病金庫の場合は大部分の金庫が平均保険料率を下回っており、金庫の種類によって財政状態が著しく異なっているのがわかる¹⁶⁾。

なぜこのような格差が生じるのか。その最も大きな理由としてあげられるのが、疾病金庫の被保険者構成におけるリスク構造の相違である。すなわち、疾病金庫の被保険者の年齢構成、とくに年金受給者の割合をはじめ、性別構成、家族被保険者の割合（扶養率）、被保険者の所得水準などの相違が、疾病金庫の財政状態に大きな影響を与えている。

ドイツの疾病金庫と被保険者の関係について若干の補足をしておくと、ドイツでは一定所得以下の被用者、年金受給者、失業者、自営農民、障害者、学生は全て公的医療保険への加入を義務づけられているが、一定所得を超える被用者、自営業者、官吏（日本の上級職に該当する）、聖職者などには加入義務がなく、希望する者のみが任意加入することになっている¹⁷⁾。官吏や所得の高い自営業者等は民間医療保険に加入するのが一般的であるが、民間の被用者の場合は任意加入する者が多い。任意加入者には加入する疾病金庫を選ぶ権利が与えられており、彼らは保険料率やサービスを勘案しながら疾病金庫を選ぶ。任意加入者は通常、所得の高い者が多いことから、彼らの加入割合が高い疾病金庫ほど保険料収入の面で有利となる。逆に、年金受給者、学生、障害者等は相対的に所得水準が低く、特に年金受給者は医療給付費が高くなるため、彼らを多く抱えた金庫では財政的な負担が重くなる。

こうした点からみると、これまで地区疾病金庫は他の種類の疾病金庫の適用範囲に該当しない被保険者の受け皿になっていたため、財政的に不利な状況におかれていた。ちなみに、年金受給者を除く一般被保険者に占める失業者、障害者・リハビリテーション受給者の割合をみると、企業疾病金庫が3.1%、職員代用金庫が4.7%であるのに対して、地区疾病金庫は10.7%と2倍以上と

表 4 疾病金庫の種類別被保険者数 (旧西ドイツ地域, 1994年5月現在)

(単位: 千人, %)

	金庫数	被 保 険 者 数					被保険者 1人当り 家族被保 険者数 ²⁾
		計		強制被保 険者 ¹⁾	年 金 受給者	任 意 被保険者	
総 計	905	39,430	100.0	58.7	29.0	12.3	0.45
地区疾病金庫	84	16,308	100.0	60.2	33.5	6.2	0.42
企業疾病金庫	650	4,493	100.0	52.6	35.8	11.6	0.55
同業組合疾病金庫	135	2,141	100.0	73.5	18.5	7.9	0.50
農業疾病金庫	19	672	100.0	48.7	48.2	3.1	0.85
海員疾病金庫	1	44	100.0	43.2	36.4	20.5	0.60
連邦鉱夫組合	1	898	100.0	20.4	76.7	2.9	0.44
労働者代用金庫	8	812	100.0	70.8	17.1	12.1	0.58
職員代用金庫	7	14,073	100.0	58.9	20.0	21.1	0.43

注1) 年金受給者を除く。

2) 1993年10月現在の数値。

資料出所) Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, *Bundesarbeitsblatt*, 8/9 1994, S 132-133.

なっている。また年金受給者についても、その半数近くが地区疾病金庫に集中している。それに対して、企業疾病金庫は、年金受給者の割合は高いものの年金水準が比較的高いのに加えて、疾病金庫の事務所費や人件費が母体企業からの支出でまかなわれることが多いため、保険料率を低く抑えることができる。また、職員代用金庫は任意加入者の割合が高く、年金受給者の割合が低いので、財政的に有利な状況にある。同業組合疾病金庫は被保険者の多くが若い職人や見習い工であり、所得の低い者の割合が高いが、罹病率が低く、年金受給者も少ないので、支出が少ない分だけ保険料率も低くなっている。連邦鉱夫組合では年金受給者が被保険者の8割近くを占めており、農業疾病金庫や海員疾病金庫は年金受給者の割合も扶養率も高いのが特徴的である。このように、疾病金庫の種類によって被保険者の構成が異なり、それが保険リスクに大きな差異をもたらしてきたのである。(表4を参照)。

また、ドイツでは地域的な格差も大きい。旧東ドイツ地域の医療保険財政は

まだ旧西ドイツ地域と別建てになっているので、それを除くとしても、いわゆる「南北格差」が著しい。鉄鋼業、炭鉱業等の不況業種を抱えている北部諸州では失業率が高く、賃金水準も相対的に低いので保険料率が高くなっているのに対して、ハイテク産業や自動車産業等の盛んな南部諸州では一般に保険料率が低い。

(2) 従来の財政調整による格差の是正

このような疾病金庫の財政格差は、社会保険における公平性の原則に反するとしてその是正が求められてきた。しかし、格差を生み出す疾病金庫の被保険者構成の相違は、ドイツ医療保険における当事者自治の原則に基づく多元的分権的組織構造によるものであり、その解決はきわめて難しい。そのため、財政的に立ち行かなくなった疾病金庫は解散するか他の金庫と合併するしかなく、事実、疾病金庫は合併等により年々減少を続けてきたが、財政格差が解消するわけではなかった。

そうしたなかで疾病金庫の財政格差を解消する対策として講じられたのが、財政調整である。1977年の第一次費用抑制法で、農業疾病金庫を除く全疾病金庫間で年金受給者の医療費について財政調整の導入が図られた¹⁸⁾。その内容は、①年金受給者の医療費を年金保険者と疾病金庫で2分の1ずつ負担する、②年金保険者の負担分として年金支払い総額の11.7%を拠出する、③疾病金庫の負担分は一般被保険者の連帯保険料でまかなうが、負担の公平を図るため連帯保険料率は全国一律とし、各疾病金庫における過不足については全疾病金庫間で財政調整を行うというものである。これによって年金受給者医療費の負担格差は大きく是正されたが、年金受給者医療費の増加の歯止めにはならず、保険財政への影響は大きかった。そこで1982年の第二次費用抑制法において新たな財政対策として年金受給者にも保険料負担を課すこととし、段階的にその負担割合を高め、1987年から年金保険者と年金受給者の折半負担とした。さらに1989

年には年金受給者の保険料率を一般被保険者の平均保険料率と同率とすることとした。こうした対策によって、疾病金庫における年金受給者医療費の負担格差の是正と医療費抑制が図られてきたのであるが、財政調整による負担の公平化が年金受給者への給付をルーズにさせ、その医療費を増加させる一因となっているという批判も少なくなかった。とくに最近、年金受給者医療費をまかなうための連帯保険料が増大し、一般被保険者の保険料率が上昇していくという問題があり、新たな対策が求める声が大きくなっていた。

疾病金庫間の財政調整は、年金受給者医療費以外にも、高額給付と財政窮迫組合に関して導入されている。まず、高額給付に関する財政調整は、各州の各種疾病金庫ごとに行われることになっているため、幾つかの方式がみられる。例えば、バイエルン州の企業疾病金庫の場合は、臓器移植や血友病など特定の疾病や治療方法による医療費をその対象として財政調整を行っており、ヘッセン州の同業組合疾病金庫では給付費総額が一定限度を超えた場合に、超過分について財政調整を行っている。

また、財政窮迫組合に関する財政調整は、GRGにより、各州の各種疾病金庫間の実施が義務づけられ、さらに各種金庫の連邦レベルでの財政調整を行い、それでも財政状態が好転しなかった場合には他の金庫との合併を行うことになっている。この財政調整は所要財源率が州平均を10%以上（連邦レベルでは12.5%以上）上回っている疾病金庫に対して、その申請に基づき、同種の疾病金庫間で財政調整を行うというものである。なお、ここでいう「所要財源率」（Bedarfsatz）とは、疾病金庫の基礎資金総額に対する給付支出額（付加給付と任意給付は除く）の比率を指している。

（3）疾病金庫のリスク構造の改革

以上のように、これまで疾病金庫間の財政格差について財政調整による対応を行ってきたのであるが、疾病金庫間の保険料率の格差は縮小しなかった。そ

ここでG S Gでは、同一州内、同一種類の財政調整に代えて、一般被保険者の保険財政についても全ての疾病金庫間（農業疾病金庫を除く）で財政調整を行うとともに、被保険者の疾病金庫選択権の拡大、疾病金庫の統合等による規模の拡大などにより、疾病金庫間の財政格差の是正策を講じている。

一般被保険者の財政調整は、被保険者の基礎賃金、扶養率、被保険者の性別および年齢を調整要素として、収入面と支出面の双方についてリスク構造の財政調整を行うものである。収入面の調整は、各疾病金庫が被扶養者（家族被保険者）を加えた加入者総数を考慮に入れた仮定の基礎賃金総額と実際の基礎賃金総額を比較し、その差額に調整所要財源率（全金庫の基本賃金総額に対する調整対象給付費の割合）を掛けた金額を調整するものである。また、支出面の調整は、年齢、性別、家族数等を考慮に入れた年齢階層別の負荷指数（ある年齢階層の平均給付費と全加入者の平均給付費との差を示した指数）を算出し、それをベースに各疾病金庫の加入者構成による仮定の支出額と実際の支出額との差額を調整するものである。G S Gではこのリスク構造調整の実施にともない、これまでの財政窮迫金庫における財政調整を廃止するほか、1995年からは年金受給者医療費の財政調整もこのリスク調整に吸収することになっている。こうしたリスク構造調整により疾病金庫の被保険者構成から生じる格差はかなり縮小されることになるが、このように疾病金庫間の競争の前提条件を公平にすることによって、より活発な競争が行われることを企図していることはいうまでもない。

また、G S Gでは、1995年までに疾病金庫における加入対象者の限定規定を撤廃し、さらに1996年から被保険者の疾病金庫選択権を拡大し、被保険者が加入したい疾病金庫に自由に入れるようにした。前者は、多くの疾病金庫の定款で加入者を特定していることが被保険者構成によるリスク格差をもたらしてきたことに対して、それを撤廃しようとするものであり、後者は、任意加入者、それも職員（Angestellte）の任意加入者に与えられてきた疾病金庫の選択権

(G R Gで一定所得を超える労働者 Arbeiter にも任意加入が認められるようになったが、疾病金庫の定款による加入制限で選択の範囲は限られていた)を拡大し、全ての被保険者が1年間の予告期間の後、自由に疾病金庫を選択することとした。これはリスクの少ない被保険者の獲得をめぐる疾病金庫間の競争を喚起しようとする改革であるが、これによって、労職別・地域別・職業別・企業別等に分立してきた疾病金庫の組織構造が大きく変化していくことが予想される。

さらに、G S Gでは、疾病金庫の規模の拡大化によってリスクを分散させ、保険財政の安定を図るために、疾病金庫の対象地域の制限を撤廃し、また疾病金庫の合併条件を緩和した。具体的には、地区疾病金庫の対象地域が「市または郡」に限定されていたのを改め、州を超えての拡大もできることとし、さらに地区疾病金庫の合併についても、従来は同一州内の平均所要財源率を12.5%以上上回っていることが条件となっていたのを改め、合併によって給付能力が改善するか又は連邦もしくは州の平均所要財源率を5%上回っている場合には合併できることとした。

以上、G S Gにおける医療保険構造の改革についてみてきた。従来は、疾病金庫のリスク構造に手をつけた場合には医療保険の多元的分権的な組合方式を変えることになるため、それには手をつけず、医療費の負担格差を事後的に財政調整するというものであった。G S Gはその限界を超えたものであり、ドイツ医療保険制度の伝統的な組合方式の歴史からみて大きな変革を意味している。

5 改革の影響

G S Gが施行されてから1年半が経過した。表5は1993年の保険給付費の動きを示したものである。給付費総額は対前年比でマイナス1.3%を記録し、1990年以降の急激な医療費増加には歯止めがかけられ、短期的な費用抑制策は一応の成功を収めているといえよう¹⁹⁾。歯科における給付率の引き下げと医薬

表5 被保険者1人当たり給付費の変化
(旧西ドイツ地域)

(単位：%)

	1994	1993
医 科 診 療	3.0	7.3
歯 科 診 療	2.2	9.6
歯 科 補 綴	-26.6	18.8
処 方 薬 剤	-19.3	9.0
療 法・補 助 具	0.8	10.5
入 院	4.9	8.8
在 宅 介 護	7.2	33.8
傷 病 手 当	- 1.2	6.3
交 通 費	13.9	16.1
保 養	1.7	7.1
給 付 費 計	- 1.3	9.4
事 務 費	- 0.1	9.0
保 険 料 収 入	3.9	5.1

資料出所：Sozialpolitische Umschau, Nr 104/1994

品における予算制導入および製造元価格の引き下げの影響が大きかったといわれている。保険料収入が3.9%上昇したこともあって、平均保険料率も1993年1月の13.43%から94年1月には13.35%とわずかながら低下した。その後、1994年上半期の速報では給付費が対前年同期比で6.3%の上昇と報じられているが、これは1993年の給付費の落ち込みが著しかったことによるもので、平均保険料率は94年7月現在13.22%となっており、医療保険財政は安定的に推移していると評価されている²⁰⁾。短期的措置があと1年～2年行われることになっているが、これまでの順調な推移と対策の特性からみて、いわゆるリバウンドとみなされる給付費の増加は生じるものの、全般的な費用の急増は生じないものとみられている。

一方、医療供給体制の改革についてみると、入院療養費の支払い制度の改革は新療養費日額令も定められ、順調に準備が進められている。問題は新しい

支払い方式が全面的に施行される1996年からの動向であろう。医薬品については、1994年上半期で定額給付の対象が保険薬剤の60%まで拡大したと伝えられており、定額給付の対象外薬品の製造元価格の引下げ措置と合わせて、対策が予定通り遂行されていることがうかがわれる。

医療保険組織については大きな変動がみられる。疾病金庫の合併である。G S G施行前の1992年末に1,133を数えた疾病金庫が94年5月現在905となり、とくに地区疾病金庫は260から84へと大幅に統合化が進められた。この動きはまだしばらく続くことが予想されている。G S G施行前の3年間に約30金庫の減少であったことを考えるならば、G S G施行後の変化がいかに大きかったかがわかる。もっとも、これはG S Gによってのみ引き起こされたわけではなく、先に旧東ドイツ地域に地区疾病金庫が導入された際に、その数が13金庫（現在11金庫）と大きな規模で組織された当時から、西側でも規模を大きくすることが検討されていた。したがって、G S Gは地区疾病金庫の統合化にきっかけを与え、それを促進したということができよう。それに対して、企業疾病金庫や同業組合疾病金庫の統合化はわずかにとどまっている。今後、被保険者を特定する約款が廃止され、被保険者による金庫の選択が行われるようになった場合、これらの疾病金庫を巻き込んだ再編成が行われることが予想される。

以上、1993年医療保障改革についてみてきた。最初に述べたように、依然としてドイツ型の社会保障改革の枠の中にあるが、公的保障における規制はますます緩和される傾向にある。G S Gの短期的対策と長期的対策との関係でみると、短期的対策における強権的な規制によって制度的構造的な規制を緩和するための条件を整えているといえよう。そうした改革が旧来の組織構造を大きく変えつつあることは既に述べたところである。目論見通り、公的保障制度の枠内で市場競争が活性化し、効率的な医療保障が行われるのか、本格的な改革が行われた後の動向が注目される。

- 注(1) 加藤榮一「西ドイツ福祉国家のアポリアー社会給付の『効率化』とその年金改革論」東京大学社会科学研究所編『転換期の福祉国家 [上]』東京大学出版会, 1988年, 21ページ。なお, 加藤榮一氏は, 福祉国家の類型としてイギリス, ドイツ, スウェーデンの3つのタイプをあげ, さらに80年代改革についてもプライバシータイゼーションの動きとして捉えた場合, 最も積極的だったイギリスと最も消極的だったスウェーデンとの中間に位置するものとしてドイツを捉えている。ここでいう「グレイ・ゾーン」という言葉も, 福祉改革におけるイギリスとスウェーデンの両タイプの中間としてのドイツという位置づけに連なるものとして捉えられる。詳しくは, 加藤「福祉国家システムの再編」東京大学社会科学研究所『現代日本社会1 課題と視角』東京大学出版会, 1991年。
- (2) 1980年代以降の福祉国家システムの再編成と社会保障改革については, 『転換期の福祉国家 [上][下]』他, 林健久・加藤榮一編『福祉国家財政の国際比較』東京大学出版会, 1992年, 社会保障研究所編『社会政策の社会学』東京大学出版会, 1989年, 東京大学社会科学研究所編『現代日本社会1 課題と視角』・『現代日本社会2 国際比較[1]』における諸論文, 田多英範『現代日本社会保障論』学文社, 1994年, を参照。
- (3) CDUの家族政策については, Mitglieder der CDU-Kommission, Das christliche Menschenbild als Grundlage unserer Politik: Diskussionenentwurf der vom Bundesvorstand eingesetzten Kommission, Jun 1988. また, こうした家族政策や社会保障改革を主導しているCDUのガイスラー, プリューム等の理念, 主張等については, 宮崎良夫「西ドイツにおける社会国家論の展開」東京大学社会科学研究所編『福祉国家2 福祉国家の展開[1]』東京大学出版会, 1985年, 40~53ページに詳しい。なお, 育児手当法および介護保険法については, 女性を再び家庭に縛り付けるものだという批判がある一方, 家庭外の賃労働と家庭内労働を等価なものとして本人の選択に委ねており, むしろ家庭内の無償労働を有償化したことの意味を評価する声も大きい。
- (4) これまで筆者は, 1989年の 'Gesundheitsreformgesetz' を「医療改革法」, 1993年の 'Gesundheitsstrukturgesetz' を「医療構造法」と訳してきた。しかし, わが国で「医療」とか「医療制度」という場合, 医師の行う医療サービスないしは医療の供給体制を指すことが多いことから, 「医療改革法」も「医療構造法」も専ら医療供給制度の改革を意味するものと受け取られることが少なくなかった。そこで, 'Gesundheitsreformgesetz' を「医療保険改革」と訳したこともあるが, その場合は逆に医療供給体制の改革が含まれていないものと受け取られることが多かった。実際には, 2つの改革とも医療の需要側と供給側の双方における改革—それぞれ改革の重点の違いはあるが—を内容としている。したがって, そのいずれかを欠くような誤解を招く訳語は避ける必要があると思われた。そこで本稿では, それぞれの改革法に年号をつけて, 'Gesundheitsreformgesetz' を「1989年医療保障改革法」, 'Gesundheitsstrukturgesetz' を「1993年医療保障改革法」と訳し, それぞれの略称としてドイツでも用いられている。「GRG」「GSG」という語をあてることとした。
- (5) ドイツの介護保険法については, 拙稿「ドイツにおける介護保険の動向」『週刊社会保障』第46巻第1672号, 1992年, 拙稿「ドイツの長期ケアと介護保険」『海外社会保障情報』第104号, 社会保障研究所, 1993年, 木下秀雄「ドイツにおける90年代要介護者保障政策の動向」『法学雑誌』39巻1号, 1992年, 本沢巳代子「ドイツの公的介護保険」『ジュリスト』No. 1056, 1994年, 拙稿「ドイツ介護保険法—背景, 概要, 意義—」『季刊年金と雇用』第13巻第4号, 年金総合研究センター, 1994年, 参照。
- (6) 1989年医療保障改革法については, 拙稿「西ドイツにおける医療保険改革—『新しい社会問題』への対応と医療保険の『効率化』—」国士館大学政経学会『政経論叢』第75・76号合併号,

- 1991年, 参照。
- (7) Deutscher Bundestag-Drucksache 12/7130: "Sozialbericht 1993", S. 63-65; Engels, Anton, 'Ein Beitrag der Leistungserbringer zur Strukturverbesserung im Gesundheitswesen' in: Bundesverband der Innungskrankenkassen (Hrsg.), *Krankenversicherung*, 10/1992, S. 268-275.
- (8) Sozialbericht 1993, S. 63.
- (9) Engels, a. a. O., S. 270.
- (10) Monika, Michael, 'Die Struktur der Krankenhauslandschaft, gegliedert nach Trägerschaft, Größe, Strukturgruppen und Regionen' in: Arnold, M./Paffrath, D. (Hrsg.), *Krankenhaus-Report '93*, S. 172.
- (11) *ibid.*, S. 177-178.
- (12) 地区疾病金庫連邦連合会による説明と資料による ('Koalitionsbeschlüsse zur Krankenhausbehandlung-Erläuterungen zu den Wichtigsten Massnahmen-').
- (13) 1977年の医療保険費用抑制法で設けられた組織で, 公的医療保険の保険者, 民間医療保険の保険者, 保険医 (歯科保険医), 薬剤師, 製薬業者, 労働組合, 使用者団体, 州政府等の代表 (60名) によって構成される。会議は連邦労働社会大臣が召集するが, 会議のメンバーではなくオブザーバーとして参加することになっている。協調行動会議は通常, 年2回 (春・秋) 開催され, 保険医療にかかわる広範囲な事項について審議し, 勧告を行うことになっているが, その1つとして1977年以来, 保険医の診療報酬総額に関する当事者 (疾病金庫連合会と保険医協会) の契約に対して, 「引き上げ率の上限」の勧告を行っている。表2にみられるように, 医科診療費の抑制が図られているのはこの勧告によるところが大きいとされており, 病院の療養費日額に対しても勧告を行うことにしたものである。
- (14) 健康保険組合連合会『第10回外国医療問題研究調査団報告』1987年, 24~27ページ。
- (15) 新日額令については, Weber, Christian, 'Referententwurf zur Bundespflegesatzverordnung: Von der Kostendeckung zum Preissystem', in: *Krankenversicherung*, 3/1994, S. 64-67. 園部順一「病院医療費支払方式の改正」健康保険組合連合会『海外情報』No. 31, 1994年10月, 11~17ページが詳しい。本稿でも参考にした。
- (16) Krimmel, L./Schirmer, H. D., *Handbuch für den Kassenarzt*, 1993, S. 1-27.
- (17) ドイツ医療保険の被保険者および疾病金庫については, 拙稿「ドイツ医療保険制度に関する調査研究報告—医療保険制度の特徴と医療構造改革—」(財) 社会保険福祉協会, 1993年, 参照。なお, 年金受給者の取り扱いがわが国と著しく異なっているので, 本稿に関連する範囲内で少し補足しておこう。ドイツ医療保険では当初, 年金受給者は任意加入で保険料も全額自己負担であったが, ナチス政権下の1941年に強制加入となり, 保険料は年金保険者から拠出されることとなった。しかし, 歯科補綴, 一定額以上の薬剤および補助具の支給は認められず, 加入できる金庫は地区疾病金庫に限られていた。戦後, 1956年になって年金受給者を対象とする医療保険について新たな規定が作られ, 年金受給者となった後も現役中に加入していた金庫に引き続き加入できること, 保険給付は一般被保険者と同一であること, 保険料は年金保険者が全額拠出することなどが定められた。その後, 高齢化にともなって年金保険財政が悪化したため, 1968年に年金受給者医療保険の費用の80%相当額 (年金支給総額の17%) を年金保険者が負担し, 20%は一般被保険者が連帯保険料として負担する方式に改められた。しかし, その後も一方では年金保険の財政が逼迫したことに加えて, 他方では年金受給者の医療費が増大し, しかも疾病金庫間の年金受給者医療費の不均衡が著しく, それらの対応策が求められた。そのため, 折からの医療費高騰に対処して制定された第一次費用抑制法において年金受給者医療保険についても大幅な改革が行わ

れた。その内容およびその後の状況については、本文で叙述。

- (18) 農業疾病金庫が除かれているのは、自営農家の高齢者（引退者）の医療費については農業保護政策の一環として政府補助金が支給されているため、他の疾病金庫における年金受給者の医療費とは財源を異にするからである。なお、ドイツの農業者については所得保障や社会保障に関連して多くの保護政策が行われている。詳しくは、石光研二「西ドイツにおける条件不利地域政策」『条件不利地域の農林業研究（海外篇）』（財）森とむらの会、1992年、80～111ページ、参照。
- (19) Presse-und Informationsamt der Bundesregierung, *Sozialpolitische Umschau*, 7. März 1994
- (20) *Sozialpolitische Umschau*, 5. Sept. 1994.